Page_08
Réforme des retraites
Quels changements pour les fonctionnaires hospitaliers ? /

Page_15
Évaluation externe
Une opportunité pour les Ehpad /

Page_22
Le guide
Banque de données hospitalières de France.
BDHF : mode d'emploi /

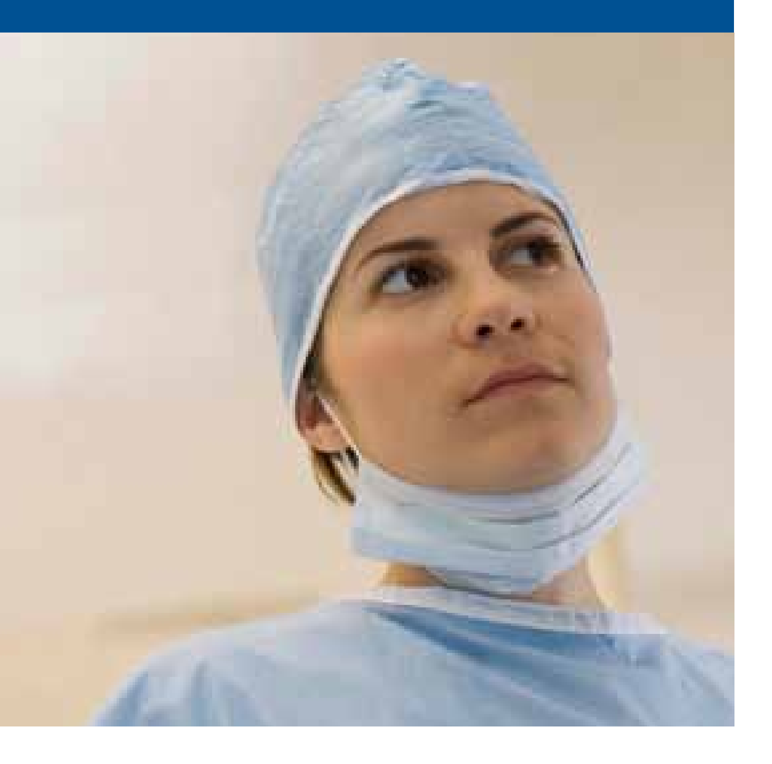
INTERACTIONS



LE MAGAZINE D'ACTUALITÉ DE LA FHF
Numéro 1_Février-mars 2011

Pertinence des actes médicaux

La FHF s'engage pour une meilleure évaluation





Les CONFÉRENCES des PROFESSIONNELS de la SANTÉ et de L'AUTONOMIE

VIPARIS • Porte de Versailles • Pavillon 1

du 17 au 19 mai 2011

Coopération

Bonnes Pratiques Sanitaire

Tarification

Santé Mentale

Ressources Humaines

UN PROGRAMME COMPLET DE FORMATION

UNE SOIRÉE DE GALA

DES RENCONTRES ENRICHISSANTES…

Gérontologie

HPST

5e Risque

Handicap

Médico-social

INSCRIPTION ET PROGRAMME :

www.gerontexpo-handicapexpo.com

www.fhf.fr / rubrique Colloques ou Agenda



ORGANISÉ PAR





INTERACTIONS : VOS PRÉOCCUPATIONS, VOTRE MAGAZINE

Le lancement d'un nouveau magazine est toujours un moment particulier, surtout lorsque, comme cela est le cas avec *Interactions*, il témoigne de la profonde transformation de notre Fédération.
Depuis plusieurs années, celle-ci a en effet engagé une mutation considérable, qui en fait véritablement « la maison de tous les hospitaliers », rassemblant en son sein tous les acteurs de l'hôpital et du monde médico-social public autour de valeurs partagées et d'une conviction, celle que le service public hospitalier doit changer pour répondre aux défis qui sont les nôtres.

C'est cet esprit d'ouverture et cette volonté d'accompagner nos mutations qui nous ont conduits à décider la création d'*Interactions*, un magazine bimestriel qui complète notre dispositif éditorial composé des lettres électroniques, des actualités mises en ligne sur le site www.fhf.fr et de notre revue de référence, la *Revue hospitalière de France*.
Cette dernière continuera à approfondir les thèmes traités par le magazine et restera le lieu de débat et de réflexion où se construisent la doctrine et l'action de la FHF.
Le choix du titre du magazine traduit bien cette ambition de présenter les grands enjeux de la transformation de nos établissements dans un support concis, à destination de tous les décideurs hospitaliers et médico-sociaux.

Interactions, car il ne s'agit pas seulement de vous informer sur l'essentiel de l'actualité, mais également de recueillir les initiatives du terrain en relayant les plus remarquables et les plus susceptibles de vous intéresser.
Interactions, car cette publication aura à cœur de privilégier les questions qui intéressent la communauté médicale et les initiatives marquantes qui font « bouger les lignes ».
C'est pourquoi ce magazine sera adressé à l'ensemble des membres médicaux des directoires et des chefs de pôle.
Interactions, car ce magazine s'attachera également aux grandes évolutions d'un secteur médico-social qui doit aussi relever de nombreux défis, et en particulier celui d'une meilleure coordination avec les acteurs sanitaires.
Parce qu'il incarne un service public en mouvement, ce magazine est le vôtre.



Le délégué général, **Gérard Vincent** — Le président, **Jean Leonetti**

Sommaire

Le fil d'info

P.04_**Offre de soins**
P.06_**Médico-social**
P.07_**Médical**
P.08_**RH**
P.10_**Finances**

Grand angle

P.12_**Pertinence des actes médicaux :** la FHF s'engage pour une meilleure évaluation
P.15_**Évaluation externe :** une opportunité pour les Ehpad
P.18_**Assurance maladie, contrôles et indus :** non à la logique comptable !

Le guide

P.20_**Agenda**
P.21_**Ressources**
P.21_**Communication**
P.22_**Banque de données hospitalières de France**



INTER**ACTIONS**
magazine bimestriel de la Fédération hospitalière de France, 1 bis, rue Cabanis, 75993 Paris cedex 14.
Directeur de la publication : Jean LEONETTI - Rédaction en chef : Gérard VINCENT - Coordination : Pôle communication FHF - Comité de rédaction : FHF - Rédaction rubrique "Grand angle" : Sandra Serrepuy, Estelle Nouel, Frédéric Magnan. Conception - réalisation : 48, rue Vivienne, 75002 Paris. N° d'ISSN : en cours. Dépôt légal : mars 2011.

Le fil d'info

OFFRE DE SOINS

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

UNE JOURNÉE DE LA FHF POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX

L'ESSENTIEL : La journée organisée le 13 janvier dernier par la FHF sur l'actualité et les enjeux des soins de suite et de réadaptation a connu un grand succès. À cette occasion, la FHF, par la voix de son délégué général, a interrogé la représentante de la DGOS sur les sujets qui préoccupent les hospitaliers dans le champ des SSR.

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont aujourd'hui en phase de transition vers la tarification à l'activité. Les établissements de santé s'inquiètent donc du modèle financier envisagé par l'État, mais aussi des inégalités public-privé, des autorisations d'activité…

Côté schéma tarifaire, la DGOS les a rassurés en confirmant que le modèle envisagé par les pouvoirs publics comportera quatre compartiments : activités, plateaux techniques, molécules onéreuses et missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Une montée en charge est prévue en 2012 et 2013.

La FHF s'est aussi alarmée d'une forte augmentation d'activité de SSR dans le privé. Un constat partagé par la DGOS. Pour répondre à la crainte d'une nouvelle pénalisation du secteur public par la remise en cause des SROS, la DGOS explique que les contraintes de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) l'ont conduite à diffuser auprès des ARS l'instruction du 19 mai 2010 afin de sécuriser les démarches d'autorisation et d'accorder des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) réalistes (lire encadré p. 5).

En termes de nombre de lits, une évaluation des inadéquations en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) doit être mise en œuvre afin de mesurer les besoins. Des besoins qui pourront être satisfaits, selon la DGOS, par des créations nettes de lits ou par d'autres méthodes, comme la prise en charge à domicile. De son côté, la FHF estime ces besoins entre 5 000 et 7 000 lits au plan national, à la fois en lits indifférenciés, mais aussi et surtout spécialisés, tout en indiquant être prête à travailler sur la pertinence des actes.

Car les SSR dans le secteur public présentent des caractéristiques particulières, notamment en matière de diversité des prises en charge

LA FHF À VOS CÔTÉS

Formation Compte tenu de l'actualité de ces sujets et du succès de la manifestation du 13 janvier, une prochaine journée est d'ores et déjà programmée le jeudi 22 septembre 2011, pour faire le point sur ces questions, partager les expériences et les témoignages.

POUR EN SAVOIR + Contactez René Caillet, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale, r.caillet@fhf.fr

SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

LES ÉTABLISSEMENTS ADOPTENT LA CHECK-LIST

Plus d'une centaine d'établissements déclarent à ce jour utiliser la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ». Cette liste non exhaustive est le reflet de l'engagement des hospitaliers dans une politique volontariste visant à garantir en permanence la sécurité des patients. Ce dispositif a été élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) en association avec les sociétés savantes, les fédérations et les organisations professionnelles à partir des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La HAS a souhaité promouvoir la check-list en tant que « pratique exigible prioritaire » vérifiée par les experts lors des visites de certification. La check-list est applicable à tous les établissements depuis le 1er janvier 2010.

Un an plus tard, force est de constater que la dynamique est lancée, les équipes anesthésiques et chirurgicales s'approprient l'outil, participant ainsi au développement plus général d'une politique de gestion des risques au sein des établissements. Une version 2011 est disponible sur le site de la HAS.

Les modifications restent toutefois mineures. Elles intègrent des reformulations d'items qui, selon les retours d'expérience, posaient des problèmes de compréhension, ainsi que les recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière, concernant la vérification de la préparation cutanée ainsi que celle du site opératoire.



et de populations. Les personnes accueillies y sont en moyenne plus âgées que dans les établissements privés, et génèrent donc une demande supérieure en soins de suite gériatriques. Compte tenu de ce rôle particulier dans la filière gériatrique, la FHF s'étonne que les hôpitaux locaux se soient vu refuser dans nombre de régions la mention « affection de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance ». Sur ce point, la DGOS a souhaité se montrer rassurante : *« La place des hôpitaux locaux dans la prise en charge des personnes âgées et dans le champ des SSR est confirmée par le nombre de lits autorisés »*, a-t-elle affirmé. Avant d'ajouter : *« Pour autant, la mention spécialisée suppose une conformité aux conditions de fonctionnement et une vocation de recours pour d'autres structures, y compris de SSR. »*
La FHF restera vigilante sur les questions relatives à l'offre de SSR publique et suivra avec attention les travaux menés en 2011 dans le cadre de la préparation du schéma tarifaire.

AUTORISATIONS

UNE VINGTAINE DE CRÉATIONS D'ACTIVITÉ EX NIHILO EN 2010

Lors de la rencontre du 13 janvier dernier, la DGOS a fait le point sur les autorisations d'activité en SSR. Elle indique que les 26 régions ont achevé la procédure de notification des autorisations avant le 31 décembre 2010. Seulement une vingtaine d'autorisations de création d'activité ex nihilo ont été attribuées, dont deux en Île-de-France. La DGOS souhaite initier en 2011 une nouvelle démarche dans le cadre des SROS-PRS, fondée sur une approche territoriale et une gestion concertée (« dialogue de gestion ») entre l'ARS et les établissements, les OQOS devant contribuer, selon elle, au pilotage d'une offre de soins mieux répartie sur le territoire.

INDICATEURS QUALITÉ

LA HAS PUBLIE UN NOUVEL ARRÊTÉ

Un arrêté de la Haute Autorité de santé du 28 décembre 2010 fixe les conditions dans lesquelles les établissements de santé doivent mettre chaque année à la disposition du public les résultats de leurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Douze indicateurs sont concernés :

Six indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :
1. ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales).
2. ICSHA 2 (indice de consommation de produits hydro-alcooliques version 2).
3. SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire).
4. ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques).
5. SARM (indice de taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline).
6. Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs .

Six indicateurs de qualité issus du dossier du patient :
1. Tenue du dossier patient.
2. Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation.
3. Traçabilité de l'évaluation de la douleur.
4. Dépistage des troubles nutritionnels.
5. Tenue du dossier anesthésique.
6. Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë.

Parallèlement, la HAS prépare un guide méthodologique sur la diffusion publique de ces résultats.

POUR EN SAVOIR + rendez-vous sur www.has-sante.fr

SROS-PRS

LA VERSION 1 DU GUIDE EST DISPONIBLE

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a présenté aux fédérations la version 1 du guide SROS-PRS qu'elle soumet à concertation. Ce guide s'inscrit dans la démarche générale d'élaboration du Projet régional de santé (PRS) qui doit être finalisé fin 2011, soit dans un calendrier trop contraint pour l'exercice d'une réelle concertation.
Jean Leonetti, président de la FHF, suite au conseil d'administration du 26 janvier, a donc sollicité auprès du ministre de la Santé un calendrier compatible avec l'expression de la démocratie sanitaire.
La DGOS insiste sur la nécessité de construire des Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) compatibles avec l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam), afin de mettre en adéquation les autorisations d'activité et les enveloppes financières, partant du constat de l'absence de cohérence entre les SROS III et le cadrage financier.

POUR EN SAVOIR + Contactez René Caillet, r.caillet@fhf.fr, ou Nathalie Sanchez, n.sanchez@fhf.fr

PERMANENCE DES SOINS

ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL

Une enquête soumise à concertation, et en cours de finalisation selon la DGOS, permettra de réaliser un état des lieux de la permanence des soins dans chaque région. La DGOS a choisi pour cela cinq régions tests : Île-de-France, Paca, Pays-de-la-Loire, Nord-Pas-de-Calais et Alsace.

RETROUVEZ tous les documents téléchargeables sur www.fhf.fr



MÉDICO-SOCIAL

AUTONOMIE

LANCEMENT DE CINQ EXPÉRIMENTATIONS

L'ESSENTIEL : La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a lancé cinq expérimentations de centres d'expertise nationaux (CEN) sur les aides techniques pour les personnes en perte d'autonomie. Quatre de ces cinq expérimentations ont été sélectionnées à l'issue d'un appel à projets. Les différents centres sélectionnés travailleront sur cinq thématiques différentes.

Ainsi, le Centre de ressources et d'innovation mobilité handicap (Ceremh) travaillera sur la thématique mobilité. Le CEN Stimco, porté par l'hôpital Broca (Paris, AP-HP), sera axé sur la stimulation cognitive. Le Centich, porté par le pôle handicap de la Mutualité française Anjou-Mayenne, se consacrera aux interfaces fonctionnant sur l'utilisation des technologies de la communication et de l'information. Enfin, le Cenrobotique, porté par le Groupe Languedoc Mutualité, se consacrera à la thématique robotique d'assistance et de rééducation.

Chacun de ces quatre projets bénéficiera d'un financement de la CNSA à hauteur de 350 000 euros pour les deux premières années de l'expérimentation. En fonction des résultats, le financement pourra être prolongé d'un an.

La cinquième expérimentation, le CEN Habitat, qui investira la thématique habitat et logement, est portée par le Centre de référence national « santé à domicile et autonomie », soutenu par la Direction générale du commerce, de l'industrie et des services (DGCIS). Il ne bénéficie pas de financement de la CNSA mais participera aux actions d'animation des projets.

Pour chaque thématique, les centres d'expertise nationaux devront associer les laboratoires de recherche et d'innovation, des professionnels de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie, des usagers et des industriels.

Leur but sera *« d'accompagner le développement et l'amélioration de nouvelles aides techniques résultant d'une analyse de besoins et apportant une réponse adaptée aux situations spécifiques de handicap et de perte d'autonomie »*. Ces centres devront inscrire leur action dans un réseau international d'expertise.

La CNSA finance par ailleurs une expérimentation de plates-formes régionales d'information et de conseil sur les aides techniques.

UHR EN USLD

LES CONDITIONS DU FINANCEMENT

Dans une circulaire du 24 septembre 2010, la Direction générale de l'offre de soins précise les modalités d'attribution de subventions d'investissement pour les Unités d'hébergement renforcées (UHR) créées dans les unités de soins de longue durée. On apprend ainsi que l'attribution de ces crédits d'investissement doit faire l'objet d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement. C'est la Caisse des dépôts et consignations (CDC) qui verse à l'établissement concerné, à sa demande, la totalité de la somme mentionnée dans l'avenant au CPOM. À l'appui de sa demande, l'établissement doit fournir à la CDC l'avenant et les factures justificatives des dépenses engagées. Les établissements disposent de trois ans pour demander à la CDC le remboursement de ces investissements.

En 2010, les 61 UHR sélectionnées par les Agences régionales de santé (ARS) ont bénéficié de 3,05 millions d'euros financés par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) au titre de l'investissement, soit 50 000 euros pour chaque UHR.

RETROUVEZ la circulaire mise en ligne le 18 octobre 2010, sur www.fhf.fr

CONVERGENCE TARIFAIRE

AIDE À LA NÉGOCIATION POUR LES EHPAD ET USLD

La Fédération hospitalière régionale Provence-Alpes-Côte-d'Azur a réalisé un excellent document de conseils pour la négociation de la convergence tarifaire.

POUR LE TÉLÉCHARGER www.fhf.fr – Rubrique : Dossiers > Vieillesse – handicap. Puis, accès thématique Budget et tarification : « Aide à la négociation pour les EHPAD et USLD en situation de convergence » (23/12/10).

EXERCICE LIBÉRAL EN EHPAD

TROIS MOIS POUR SIGNER LES CONTRATS

Le décret n° 2010-1731 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les Ehpad et l'arrêté fixant les modèles de contrat type devant être signés par les professionnels de santé sont parus au JO du 31 décembre 2010.

Les Ehpad et les professionnels de santé (médecins et masseurs-kinésithérapeutes) ont trois mois pour signer ces contrats, dans lesquels, à la demande des syndicats de médecins et de kinés, ne figurent plus de clauses relatives à la rémunération, ce qui n'empêche pas d'en prévoir si besoin.

POUR EN SAVOIR + Retrouvez l'arrêté fixant les contrats-types sur www.fhf.fr

MÉDICAL



VICTOIRES DE LA MÉDECINE

L'EXCELLENCE MÉDICALE À L'HONNEUR

L'ESSENTIEL : Chaque année, les Victoires de la médecine récompensent les initiatives et innovations médicales les plus marquantes. Florilège du palmarès 2010.

Le 2 décembre dernier, 1 000 médecins étaient réunis au Casino de Paris pour saluer les prouesses de leurs pairs en cancérologie, cardiologie, chirurgie, neurologie, technologie médicale et réseaux de soins. Parmi les nominés, des lauréats ont été élus dans chaque discipline grâce au vote électronique des médecins présents dans la salle.

Les médecins récompensés lors des éditions précédentes ont expliqué les bénéfices que leur a apportés ce trophée : un encouragement, une stimulation pour eux et pour leur équipe, une meilleure lisibilité institutionnelle, un coup de pouce pour des dotations…

Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, était également présent, *« fier d'appartenir au monde de la santé »*. Il a souligné que *« cette fête du progrès médical et de sa transmission donne confiance dans l'avenir »*.

Parmi les découvertes et innovations médicales les plus marquantes de cette édition 2010, le Dr Sylvain Morinière, du CHU de Tours, a été récompensé en cancérologie pour son nouveau robot permettant d'opérer les cancers ORL par la bouche. Grâce à lui, les grandes incisions jusqu'ici nécessaires pour accéder à des lésions cancéreuses situées dans les parties profondes de la gorge n'ont plus cours. Les deux bras de son robot, totalement mobiles et très précis, équipés d'instruments de petite taille, permettent d'atteindre, par la bouche du patient, les parties profondes de la gorge, comme le pharynx.

La Victoire de la médecine en neurologie est quant à elle revenue au Dr Pascal Derkinderen, du CHU de Nantes. Son équipe a mis au point une nouvelle approche diagnostique de la maladie de Parkinson à partir de biopsies… du côlon ! En effet, il est maintenant démontré que les lésions de la maladie de Parkinson ne sont pas limitées au cerveau mais affectent également le système nerveux périphérique. Ces chercheurs ont mis en évidence le fait que les lésions des neurones des malades étaient retrouvées à l'identique dans les neurones digestifs et que l'importance des lésions retrouvées était corrélée à la sévérité de la maladie.

Côté technologie médicale, c'est un nouveau moniteur permettant de mesurer la douleur du patient pendant une anesthésie générale qui a été salué. Un appareil mis au point par les Dr Régis Logier, Mathieu Jeanne et le Pr Benoît Tavernier du CHRU de Lille. Leur dispositif s'appuie sur la mesure du rythme cardiaque du patient pour déterminer son état de bien-être sur la table d'opération. Ainsi, les anesthésistes peuvent administrer les justes doses d'anti-douleurs morphiniques et éviter les risques de sous- ou de surdosage. Le patient a aussi de ce fait moins de mal à se réveiller et souffre moins des effets secondaires de l'anesthésie générale.

En matière de réseau de soins, c'est le Pr Maurice Giroud, du CHU de Dijon, qui a été récompensé pour son réseau Bourgogne-AVC : un nouveau réseau bourguignon de soins, de formation et d'évaluation dédié aux accidents vasculaires cérébraux. La télémédecine fait bénéficier de l'expertise diagnostique du CHU de Dijon l'ensemble de la région Bourgogne, un territoire particulièrement vaste et qui souffre d'un manque de moyens médicaux par rapport aux autres régions françaises.



« Grâce à nos facultés prestigieuses et aux travaux des chercheurs, il y a beaucoup de victoires en médecine et de raisons d'espérer des médecins engagés dans la recherche et la transmission du savoir. Le public connaît peu ces grands innovateurs, car ce qui les caractérise, c'est l'humilité et le travail en laboratoire. »

PR ALAIN CARPENTIER, récompensé il y a deux ans pour sa mise au point du premier cœur artificiel intégralement implantable, parrain de cette édition.

DEUX PRIX SPÉCIAUX

Un coup de chapeau a été donné au Pr Laurent Lantiéri pour sa dernière prouesse : la réalisation de la première greffe totale de la face, avec les paupières et l'ensemble du système lacrymal, chez un patient de 35 ans.



Le Pr Lantiéri.

Un prix spécial a été remis à la ville de Marseille, membre du réseau français « Ville Santé » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour ses actions d'éducation et de formation des enfants aux gestes qui sauvent. Les enfants apprennent qu'ils peuvent sauver des adultes : la dimension pédagogique et intergénérationnelle de cette initiative a été saluée.

ARTICLE RÉALISÉ en partenariat avec Réseau CHU, web.reseau-chu.org

RH

RÉFORME DES RETRAITES

QUELS CHANGEMENTS POUR LES FONCTIONNAIRES HOSPITALIERS ?

L'ESSENTIEL : Cotisations, âge, conditions de départ... La réforme des retraites apporte d'importantes modifications aux règles jusqu'ici en vigueur. Focus sur les principales évolutions qui concernent les fonctionnaires hospitaliers.

Âge d'ouverture et âge limite à compter du 1er juillet 2011 :

POUR LES AGENTS EN CATÉGORIE SÉDENTAIRE :

DATE DE NAISSANCE (après le...)	ÂGE D'OUVERTURE DES DROITS À LA RETRAITE APRÈS LA RÉFORME	DATE DE DÉPART APRÈS LA RÉFORME (à partir du...)	ÂGE LIMITE DE DÉPART À LA RETRAITE APRÈS LA RÉFORME	DATE DE DÉPART À L'ÂGE LIMITE APRÈS LA RÉFORME
1er juillet 1951	60 ans et 4 mois	1er novembre 2011	65 ans et 4 mois	1er novembre 2016
1er janvier 1952	60 ans et 8 mois	1er septembre 2012	65 ans et 8 mois	1er septembre 2017
1er janvier 1953	61 ans	1er janvier 2014	66 ans	1er janvier 2019
1er janvier 1954	61 ans et 4 mois	1er mai 2015	66 ans et 4 mois	1er mai 2020
1er janvier 1955	61 ans et 8 mois	1er septembre 2016	66 ans et 8 mois	1er septembre 2021
1er janvier 1956	62 ans	1er janvier 2018	67 ans	1er janvier 2023

POUR LES AGENTS EN CATÉGORIE ACTIVE :

DATE DE NAISSANCE (après le...)	ÂGE D'OUVERTURE DES DROITS À LA RETRAITE APRÈS LA RÉFORME	DATE DE DÉPART APRÈS LA RÉFORME (à partir du...)	ÂGE LIMITE DE DÉPART À LA RETRAITE APRÈS LA RÉFORME	DATE DE DÉPART À L'ÂGE LIMITE APRÈS LA RÉFORME
1er juillet 1956	55 ans et 4 mois	1er novembre 2011	60 ans et 4 mois	1er novembre 2016
1er janvier 1957	55 ans et 8 mois	1er septembre 2012	60 ans et 8 mois	1er septembre 2017
1er janvier 1958	56 ans	1er janvier 2014	61 ans	1er janvier 2019
1er janvier 1959	56 ans et 4 mois	1er mai 2015	61 ans et 4 mois	1er mai 2020
1er janvier 1960	56 ans et 8 mois	1er septembre 2016	61 ans et 8 mois	1er septembre 2021
1er janvier 1961	57 ans	1er janvier 2018	62 ans	1er janvier 2023

VALIDATIONS DE SERVICES

À compter du 2 janvier 2013, il ne sera plus possible de valider les services de non-titulaires pour les fonctionnaires titularisés.
Jusqu'au 1er janvier 2013, les services de non-titulaires, y compris les périodes de congé régulier pour longue maladie, peuvent donc être pris en compte pour la constitution du droit à pension, à condition que cette validation des services de contractuels soit demandée dans les deux années qui suivent la date de la titularisation, soit au plus tard le 1er janvier 2015.
Par ailleurs, les services validés ne seront plus pris en compte pour remplir la condition de durée minimale de services effectifs.

Durée minimale des services effectifs pour le droit à pension CNRACL

Jusqu'ici, le droit à pension de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) était acquis lorsqu'une durée minimale de services effectifs de 15 ans était atteinte. Depuis le 1er janvier 2011, cette durée est passée à 2 ans.
Par ailleurs, pour les fonctionnaires en catégorie active, la durée minimale de services effectifs nécessaire à la liquidation de la pension est relevée de 2 ans : elle passe donc de 15 ans à 17 ans, pour les pensions liquidées à compter du 1er janvier 2016. Cette durée minimale sera progressivement augmentée par décret pour les pensions liquidées entre le 1er juillet 2011 et le 31 décembre 2015. Pour les pensions liquidées avant le 1er juillet 2011, la durée de services effectifs minimale reste fixée à 15 ans.

DATE DE NAISSANCE	DURÉE MINIMALE DE SERVICES EFFECTIFS
1er juillet 1951	15 ans et 4 mois
1er janvier 1952	15 ans et 8 mois
1er janvier 1953	16 ans
1er janvier 1954	16 ans et 4 mois
1er janvier 1955	16 ans et 8 mois
1er janvier 1956	17 ans

Droit d'option des personnels infirmiers et paramédicaux et départ à la retraite

En application de la loi portant rénovation du dialogue social du 5 juillet 2010, un droit d'option a été ouvert aux infirmiers et aux personnels paramédicaux. Les infirmiers ont le choix, jusqu'à la fin du mois de mars 2011, d'opter pour :
- le maintien de leur situation actuelle (catégorie B et maintien dans la catégorie active),
- le passage dans un nouveau corps (passage dans la catégorie A et dans la catégorie sédentaire).

Les infirmiers ayant choisi de rester dans leur situation actuelle relèveront pour leur retraite des règles applicables à la catégorie active : âge d'ouverture élevé progressivement pour atteindre 57 ans en 2018 ; âge limite élevé progressivement pour atteindre 62 ans en 2023.
Les infirmiers ayant choisi de passer dans le nouveau corps d'infirmiers et de relever de la catégorie A seront régis par les règles applicables à la catégorie sédentaire mais l'âge d'ouverture à la retraite restera fixé à 60 ans et la limite d'âge à 65 ans. Ils perdront la possibilité de se prévaloir des périodes de services passées en catégorie active pour la liquidation anticipée de la pension, le calcul de la majoration de durée d'assurance et la limite d'âge. Les élèves infirmiers en études promotionnelles bénéficient également de ces dispositions.
Les infirmiers qui sont recrutés à la sortie de leur formation initiale dans le nouveau corps d'infirmiers relèveront automatiquement des règles applicables à la catégorie sédentaire : âge d'ouverture élevé progressivement pour atteindre 62 ans en 2018 ; âge limite élevé progressivement pour atteindre 67 ans en 2023.

TAUX DE COTISATION

Le taux de cotisation de 7,85 % jusqu'alors acquitté par les fonctionnaires sera aligné progressivement sur celui fixé pour les salariés à 10,55 %. Le décret n° 2010-1749 du 30 décembre 2010 précise l'évolution du taux qui se déroulera sur une période de 10 ans se terminant donc en 2020.

ANNÉE	TAUX (%)
2010	7,85
2011	8,12
2012	8,39
2013	8,66
2014	8,93
2015	9,20
2016	9,47
2017	9,74
2018	10,01
2019	10,28
2020	10,55



AGENTS CONTRACTUELS

NÉGOCIATIONS INTER FONCTIONS PUBLIQUES

L'ESSENTIEL : En tant que représentant des employeurs de la fonction publique hospitalière, la FHF est associée aux négociations engagées sur les conditions d'emploi des agents contractuels dans les trois versants de la fonction publique. Le point sur les orientations proposées par les pouvoirs publics. Depuis janvier 2011, des négociations inter fonctions publiques sur les conditions d'emploi des agents contractuels sont en cours avec les organisations syndicales représentatives et les représentants des employeurs des fonctions publiques, dont la FHF.
Ces négociations s'inscrivent dans le cadre de l'agenda social présenté en mars 2010 par le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique et le secrétaire d'État chargé de la Fonction publique. Elles répondent à la déclaration du chef de l'État prononcée le 25 janvier 2010, par laquelle il s'était engagé à titulariser progressivement les agents non-titulaires en situation de précarité.
Ces négociations devraient déboucher en 2011 sur un projet de loi qui modifiera les titres II, III et IV du statut général de la fonction publique.
Plusieurs orientations sont proposées par les pouvoirs publics :

1. Apporter une réponse immédiate aux situations de précarité.
2. Moderniser les cas de recours aux contractuels dans la fonction publique.
3. Encadrer les procédures de recrutement, de renouvellement et de fin de contrat.
4. Moderniser la gestion des agents non titulaires et favoriser la construction de leurs parcours professionnels.
5. Mieux connaître la population des agents non titulaires dans la fonction publique.

La Fédération hospitalière de France est mobilisée sur ce sujet et tiendra informés les établissements publics sanitaires et médico-sociaux des suites de ces négociations.

HANDICAP

DÉLIBÉRATION DE LA HALDE

En décembre 2010, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) a rappelé le cadre juridique de l'accès à l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique et les pratiques que les employeurs publics peuvent développer pour leur insertion.

RETROUVEZ cette délibération (n°2010-274) sur www.fhf.fr > Dossiers > Ressources humaines > Personnel handicapé.

FINANCES

OBJECTIFS QUANTIFIÉS

LA FHF RÉCLAME UNE MAÎTRISE QUALITATIVE DE L'OFFRE DE SOINS

L'ESSENTIEL : La Fédération hospitalière de France exprime une opposition résolue au projet de régulation de l'activité hospitalière à travers le suivi d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), destinés à encadrer l'offre de soins par territoire de santé.

Le 7 janvier, la Direction générale de l'offre de soins présentait ses objectifs quantifiés de l'offre de soins, nouvel outil de maîtrise des dépenses hospitalières. La FHF a rapidement réagi : Jean Leonetti, son président, et Gérard Vincent, son délégué général, ont pris la parole pour dénoncer ce projet *« qui n'est fondé sur aucune évaluation médicale et introduirait une logique de rationnement contraire à la réalisation des objectifs de santé publique »*.

La Fédération ne saurait accepter cette nouvelle inégalité, qui conduirait l'hôpital public, déjà pénalisé par la sous-estimation volontaire de ses missions d'intérêt général, à supporter seul la dérive du nombre d'actes en volume, bien supérieure dans les cliniques privées en raison de la rémunération à l'acte de leurs médecins.

Elle rappelle que le dynamisme des hospitaliers *« est la meilleure garantie pour les Français de disposer d'un accès égal à des soins de qualité pour tous »*.

La Fédération hospitalière de France demande donc qu'une véritable politique de maîtrise qualitative soit engagée, fondée sur des référentiels médicaux et sur un contrôle de la pertinence des actes.



« En multipliant les décisions opaques et arbitraires, ce projet susciterait une nouvelle asymétrie de traitement entre hôpitaux publics et cliniques privées, ces dernières pouvant arguer de son caractère inapplicable car inopposable aux médecins libéraux. »

JEAN LEONETTI,
président de la FHF

COMPTES

LA DETTE DES HÔPITAUX SE CREUSE

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) confirme l'augmentation du niveau d'endettement de certains hôpitaux, déjà pointé du doigt en septembre dernier par la Cour des comptes. Il est passé de 40 % en 2007 à 43 % en 2008 et s'établirait à 46 % en 2009. Cette augmentation survient en dépit d'une amélioration de leur capacité d'autofinancement (CAF). Celle-ci n'a pas permis d'absorber l'effort d'investissement entrepris depuis 2002 par les hôpitaux, et les établissements, en particulier les CHU et les CHR, ont dû recourir de manière considérable à l'emprunt.

POUR EN SAVOIR + Retrouvez l'étude complète sur www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er746.pdf

MATERNITÉS

LA FHF DÉNONCE UN SOUS-FINANCEMENT

Après avoir reporté en 2012 la mise en œuvre de recommandations visant à corriger un sous-financement des maternités de niveaux 2 et 3, la directrice générale de l'offre de soins, Annie Podeur, a décidé d'allouer 11 millions d'euros non reconductibles aux maternités de niveau 3 en 2011. Mais le délégué général de la FHF, Gérard Vincent, prévoit malgré tout une situation « critique » en 2011. *« Les hôpitaux devront supprimer 15 000 emplois. S'ils ne le font pas, ils resteront en déficit »*, alerte-t-il.

POUR EN SAVOIR + La notice technique de l'Atih sur les nouveautés PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) pour la campagne tarifaire et budgétaire 2011 : www.atih.sante.fr/?id=000010000FFF

EUROPE

SERVICES SOCIAUX

DES INITIATIVES POUR LA QUALITÉ

La Commission européenne vient de publier son deuxième « Rapport bisannuel sur les services sociaux d'intérêt général ». Il offre notamment un panorama des diverses initiatives mises en œuvre en Europe pour garantir, améliorer et évaluer la qualité des services sociaux. Il décrit les derniers développements dans le débat sur l'application des règles de l'Union européenne aux services sociaux d'intérêt général.

POUR LE CONSULTER http://ec.europa.eu/social > Espace Protection sociale et inclusion sociale

MÉDICAMENTS

QUELLE TRANSPARENCE ?

La Commission européenne a débuté la révision de la directive concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes d'assurance maladie. L'objectif politique sous-jacent de cette révision est d'améliorer le fonctionnement du marché intérieur pour les médicaments. L'opportunité d'aborder les procédures de fixation des prix et de remboursement des dispositifs médicaux sera également examinée.

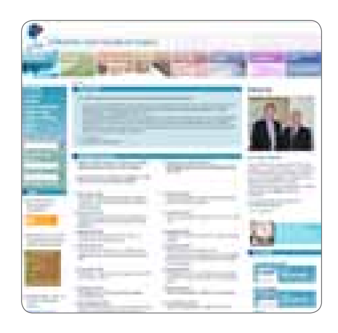
TENDANCES

LA SANTÉ DES EUROPÉENS EN 2010

L'Europe dispose désormais d'un « Panorama de la santé : Europe 2010 », publié conjointement par la Commission européenne et l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique). Il propose des indications utiles sur la situation sanitaire actuelle en Europe et présente les tendances clés en matière de santé, de systèmes de santé et de dépenses de santé dans les 27 États membres de l'Union.

POUR LE CONSULTER www.oecd.org

POUR EN SAVOIR + Site de la FHF : www.fhf.fr > Dossiers > Europe - international
Contact : Pascal Garel, responsable du pôle Europe et International de la FHF, p.garel@fhf.fr



Sur Internet

> **www.fhf.fr :** toute l'actualité de la FHF
> **www.sphconseil.fr :** les manifestations, colloques, formations…
> **www.bdhf.fhf.fr :** la banque de données hospitalières de France
> **www.hopital.fr :** l'information hospitalière pour le grand public
> **www.maisons-de-retraite.fr :** les Ephad publics et associatifs

Grand angle

12



Médical

PERTINENCE DES ACTES MÉDICAUX : LA FHF S'ENGAGE POUR UNE MEILLEURE ÉVALUATION

La recherche de l'efficience est au cœur des préoccupations de la Fédération hospitalière de France. À la demande de son président, Jean Leonetti, une commission conduite par le Pr René Mornex a dressé un état des lieux de la pertinence des actes réalisés en milieu hospitalier. Objectif : parvenir à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. /

15



Médico-social

ÉVALUATION EXTERNE : UNE OPPORTUNITÉ POUR LES EHPAD

L'évaluation externe des établissements et services sociaux ou médico-sociaux est une obligation légale, introduite par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ses modalités et son calendrier ont été précisés par la loi du 21 juillet 2009, dite HPST. Décryptage. /

18



Organisation

ASSURANCE MALADIE CONTRÔLES ET INDUS : NON À LA LOGIQUE COMPTABLE !

Alors que débute la cinquième campagne de contrôles menés par l'Assurance maladie, la FHF plaide à nouveau pour une remise à plat de la méthodologie et des conditions des contrôles de facturation dans les hôpitaux. Avec la volonté d'être entendue au plus haut niveau. /

MÉDICAL | La recherche de l'efficience est au cœur des préoccupations de la Fédération hospitalière de France. À la demande de son président, Jean Leonetti, une commission conduite par le Pr René Mornex a dressé un état des lieux de la pertinence des actes réalisés en milieu hospitalier. Objectif : parvenir à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. /

Pertinence des actes médicaux
La FHF s'engage pour une meilleure évaluation

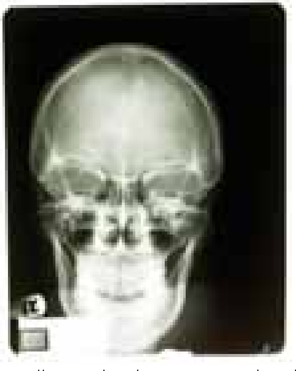
Développement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, mise en place, par paliers, de la tarification à l'activité... Tous ces éléments ont contribué à une prise de conscience collective autour de l'importance d'une juste utilisation des moyens – humains, matériels et financiers – du système de santé français. *« Chaque euro dépensé* [doit l'être] *à bon escient »*, aimait à répéter Xavier Bertrand lors de son premier passage au ministère de la Santé.

Un acte est dit pertinent s'il convient exactement, s'il est adéquat.

Dans les établissements hospitaliers, les débats autour des études nationales de coûts et de la tarification à l'activité ont permis aux équipes dirigeantes et soignantes de réfléchir à leur outil de travail. Pourquoi tel service de cardiologie enregistre-t-il beaucoup plus de poses de stents que son voisin ? Pourquoi telle région détient-elle le record de césariennes ou d'appendicectomies ? Soucieuse de garantir l'accès de tous à des soins de qualité, la Fédération hospitalière de France (FHF) demande aux pouvoirs publics d'engager sans délai une véritable réflexion autour de la pertinence des actes médicaux et chirurgicaux. Objectif : rendre les bonnes pratiques opposables, afin de passer d'une gestion purement quantitative et comptable à une gestion qualitative et médicale de l'offre de soins. *« La seule manière de maîtriser les dépenses sans nuire à la qualité des soins est de mettre en œuvre un véritable mécanisme d'évaluation de la pertinence des actes »*, précise encore la FHF. Une mission qui incombe avant tout à l'Assurance maladie et à la Haute Autorité de santé (HAS)... Fin 2009, la Fédération prend les devants et installe une commission chargée de lancer la réflexion sur la pertinence des activités médicales. Sa présidence est confiée au Pr René Mornex, doyen honoraire de la faculté de médecine de Lyon.

DES PRATIQUES HÉTÉROGÈNES MONTRÉES DU DOIGT

Cette commission a travaillé de décembre 2009 à septembre 2010. Statistiques à l'appui, elle s'est attachée à mettre en évidence la disparité de certaines activités médicales sur le territoire français. La commission a ainsi identifié quatre types de situation.



1. Non-respect des recommandations de bonnes pratiques

Dans un certain nombre d'actes, les recommandations établies de manière consensuelle par les instances scientifiques ne sont pas respectées. En 2009, une conférence de consensus établissait ainsi que les radiographies du crâne ne sont pas pertinentes dans les traumatismes crâniens simples. Pourtant, au premier trimestre 2010, malgré une diminution de 7,8 % par rapport à l'année précédente, plus de 260 000 radiographies de ce type étaient encore effectuées. De même, la commission constate que la mammographie est encore utilisée au-delà de 75 ans pour le dépistage du cancer du sein, alors qu'une conférence de consensus a démontré que cet acte n'était plus utile après 74 ans. Autre exemple détaillé par la commission, celui du dépistage du cancer de la prostate après 75 ans. À cet âge, 90 % des hommes présentent des « microcancers ». Leur détection par dosage de PSA entraîne d'autres examens (échographies, ponctions) et souvent une opération qui a pour principale conséquence de détériorer la qualité de vie du patient, alors que ces microlésions d'évolution lente n'occasionnent aucun symptôme gênant.

2. Situations simples à analyser

La commission décrit également un certain nombre de disparités géographiques qui sont simples à analyser et à

30 millions d'euros

C'est le surcoût engendré en 2004 par les cholécystectomies (ablations de la vésicule biliaire) pratiquées sans tenir compte des recommandations de bonne pratique clinique.

comprendre. Dans le cas de l'adénoïdectomie (ablation des végétations), la commission montre que cet acte léger est plus fréquent dans les régions à faible proportion de chirurgie lourde, comme par un effet de substitution.

3. Situations difficiles à analyser

Pour d'autres actes comme les césariennes ou la chirurgie de la cataracte, la commission relève des différences significatives entre les régions et les établissements. Elle estime toutefois que les conclusions de cette analyse méritent d'être bien posées et contrôlées, de nombreux paramètres entrant en jeu.

4. Microdérives

La commission dénonce aussi ce qu'elle appelle des « microdérives » : des examens ou actes peu dangereux, peu coûteux, mais prescrits seulement « pour voir » et donc inutiles. Ils conduisent, par accumulation, aux « macrodéficits » (*Revue hospitalière de France,* page 44). Ils sont révélateurs d'une mauvaise utilisation des moyens.

Comment expliquer ces dérives ? Pour la commission présidée par le Pr Mornex, elles tiennent aux exigences croissantes des usagers, à la judiciarisation de la santé, à l'insuffisance de la formation clinique, mais aussi à des contraintes réglementaires qui poussent certaines structures de soins à élargir les indications d'un acte pour atteindre les quotas et obtenir des autorisations d'activité.

LES 10 PROPOSITIONS DE LA FÉDÉRATION

Dans ce cadre, la FHF a émis dix propositions pour favoriser une véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

1. Rendre accessible l'information sur les différences de pratiques médicales entre les bassins de vie.

.../...



3 QUESTIONS À | **Régis Aubry,** chef du service des soins palliatifs du CHU de Besançon et coordinateur national du programme de développement des soins palliatifs

" Lorsque l'on prend le temps de réfléchir, **on fait des économies** "

Peut-on parler de pertinence des actes en matière de soins palliatifs?

→ Il faut déjà s'accorder sur ce que l'on entend par acte : on a tendance à penser actes techniques uniquement. Il faut dire que la classification des actes médicaux, la CCAM, se compose à 90 % d'actes techniques. Dans le domaine des soins palliatifs, il y a un acte majeur qui est l'acte « réflexif » : c'est le temps que vous passez avec une personne et avec l'équipe, mais cet acte n'est pas considéré comme tel. Pourtant, dans des situations complexes, où les personnes ne peuvent pas s'exprimer par exemple, le temps de la collégialité est essentiel. Mais parce que ce temps n'est pas tarifé, il n'est pas considéré comme important. Qu'est-ce qu'une compétence éthique ? Qu'est-ce que c'est que la notion de temps ? Le minimum serait que ces notions soient reconnues.

La tarification à l'activité rémunère cependant les soins palliatifs?

→ Oui, ces soins sont même bien rémunérés aujourd'hui. La tarification à l'activité est relativement avantageuse pour l'instant. Dans la T2A, on a trois groupes homogènes de séjour (GHS) pour les soins palliatifs. Cela dit, la notion de « temps de réflexion » est quelque chose qu'il faut penser pour l'avenir. Il faut garder à l'esprit que l'accompagnement des personnes et la dimension « réflexive » sont les deux garants du non-acharnement thérapeutique. On évite ainsi de mettre à tort des patients sous ventilation assistée, on évite des traitements médicamenteux inappropriés, etc.

Éviter des actes non pertinents pour le patient, c'est aussi des économies pour les gestionnaires...

→ Effectivement, l'éthique n'est pas forcément synonyme de surcoûts, surtout quand la prise en charge thérapeutique produit de la durée de vie sans qualité de vie, si elle contrevient à la volonté du patient. Bien souvent, lorsque l'on prend le temps de réfléchir, on fait des économies. Je reviens d'un tour de France dans le cadre de la coordination nationale du programme de développement des soins palliatifs. Cette question-là est partout essentielle.

" Le temps de la collégialité est essentiel, mais comme il n'est pas tarifé, il n'est pas considéré comme important. "

POUR EN SAVOIR +

- Le site de la Fédération hospitalière de France, www.fhf.fr : Communiqué de presse du 17 juin 2010.
- *Revue hospitalière de France* n° 537. Nov.-déc. 2010, pages 40 à 52 : « Pertinence des actes médicaux », Pr René Mornex. À lire sur http://rhf.fhf.fr



Pertinence des actes médicaux
La FHF s'engage pour une meilleure évaluation

2. Renforcer l'utilisation des bonnes pratiques reconnues internationalement.
3. Rendre les « bonnes pratiques » opposables aux acteurs.
4. Adapter le financement des établissements pour limiter les incitations à la réalisation d'actes inutiles.
5. Impliquer la communauté médicale à l'intérieur des établissements.
6. Tirer parti des processus de certification et d'autorisation pour promouvoir une analyse des pratiques.
7. Organiser des conférences de consensus sous l'égide de la HAS et partager leurs recommandations dans chaque région.
8. Refondre la logique du contrôle exercé par l'Assurance maladie.
9. Ajuster la formation médicale en renforçant notamment sa dimension médico-économique pour favoriser une « médecine sobre ».
10. Développer l'éducation des patients.

UNE DYNAMIQUE D'EFFICIENCE QUI SE GÉNÉRALISE

Cette volonté de la Fédération entre dans une dynamique d'efficience dans laquelle l'Assurance maladie s'implique aussi. Ainsi, depuis 2008, une procédure de mise sous entente préalable des établissements a été développée pour favoriser la réalisation d'un certain nombre d'actes chirurgicaux en ambulatoire. Ce n'est pas ici la pertinence des actes qui est remise en cause, mais la pertinence des séjours. Grâce à cette action, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé de 15 % entre 2006 et 2009 sur les actes concernés (chirurgie de la cataracte – acte chirurgical le plus fréquent dans notre pays –, chirurgie des varices, extractions dentaires, arthroscopie du genou, etc.). En 2011, 200 structures de soins seront concernées par la mise sous entente préalable. De même, une dizaine de nouveaux gestes chirurgicaux seront intégrés à cette procédure, en concertation avec les sociétés savantes. De son côté, la Haute Autorité de santé a inscrit à son programme de travail 2011 l'élaboration de travaux d'évaluation sur la pertinence des indications. Quatre thématiques sont concernées : l'appendicectomie, la libération du canal carpien, l'amygdalectomie et la césarienne programmée.

Performance, rendement, capacité de produire le maximum de résultats avec le minimum de dépenses.

TÉMOIGNAGE

IL FAUT ASSOCIER LES PROFESSIONNELS RECONNUS DANS LEUR SPÉCIALITÉ



Jean Leonetti, président de la Fédération hospitalière de France

Pour être efficace et légitime, le contrôle de la pertinence des actes doit associer aux équipes de l'Assurance maladie des professionnels reconnus dans leur spécialité.

Il ne s'agit pas d'un contrôle punitif, mais de discuter collectivement des pratiques à l'échelle d'un établissement ou d'une région. On a pu observer que la mise en évidence d'écarts par rapport aux standards admis suffisait à mobiliser les acteurs de manière positive, et à réduire considérablement les pratiques non conformes.

Mais les référentiels existants ne sont pas suffisants, et l'une des priorités de la Haute Autorité de santé doit être d'en augmenter le périmètre, sans qu'il s'agisse de tout « protocoliser », car la médecine est un art toujours incertain, où il faut accepter une certaine variation des pratiques qui est d'ailleurs facteur de progrès. Il s'agit donc de cibler les prescriptions les plus fréquentes et celles dont les indications sont les plus stables dans le temps.

La FHF a joué le rôle d'un aiguillon pour attirer l'attention sur cette question essentielle pour la santé publique : à chaque fois qu'on dépense des ressources pour des actes inutiles, on complique la réalisation de ceux qui sont essentiels. La FHF va maintenant engager une sensibilisation des professionnels de terrain à l'intérêt d'une « médecine sobre », à l'instar de ce qui est accompli dans une région pilote comme Midi-Pyrénées.

" À chaque fois qu'on dépense des ressources pour des actes inutiles, on complique la réalisation de ceux qui sont essentiels. "

MÉDICO-SOCIAL | L'évaluation externe des établissements et services sociaux ou médico-sociaux est une obligation légale, introduite par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ses modalités et son calendrier ont été précisés par la loi du 21 juillet 2009, dite HPST. Décryptage. /

Évaluation externe : une opportunité pour les Ehpad

Depuis la loi du 2 janvier 2002, les établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) sont tenus de *« procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent »*. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de leurs résultats ont été fixés par décret[1]. En théorie, les établissements et services doivent réaliser deux évaluations externes entre la date de leur autorisation et son renouvellement, quinze ans plus tard. Concrètement, les établissements qui ont été autorisés avant le 2 janvier 2002 – et qui seront renouvelés en 2017 – devront avoir effectué au moins une évaluation externe avant janvier 2015. Auparavant, ils devront avoir conduit leur évaluation interne. Les résultats de ces deux évaluations – interne et externe – devront ensuite être transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation. La démarche ne doit donc pas être prise à la légère !

LA FHF À VOS CÔTÉS

BIEN MENER SON ÉVALUATION EXTERNE

Anticipation Compte tenu du très grand nombre d'établissements et services dans le champ médico-social, la FHF vous conseille de ne pas attendre le dernier moment pour procéder à votre évaluation externe, sous peine de ne pas trouver le prestataire qui vous conviendra.

Appel d'offres Pour vous aider à choisir votre organisme d'évaluation, la FHF met à votre disposition des modèles de documents à utiliser dans le cadre de l'appel d'offres (cahier des charges, règlement de la consultation, grille d'analyse des offres, rapport d'analyse des offres). Ces documents, élaborés grâce à un groupe de travail constitué d'établissements franciliens adhérents, sont disponibles sur le site de la FHF : www.fhf.fr - Mot-clé : évaluation externe.

Formation La FHF organise un colloque, le 31 mars prochain, sur le thème « Évaluation de la qualité et bientraitance dans le secteur médico-social ». Programme et inscriptions sur www.sphconseil.fr.

LE DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE

Quel est l'objectif de l'évaluation externe ? Il s'agit de porter une appréciation globale sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les ESSMS par rapport à leurs missions et aux attentes des usagers. La démarche doit se réaliser *« au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) »*, précise l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles. L'évaluation externe se réalise selon un cahier des charges qui a été fixé par décret[2]. Ce texte identifie quinze thématiques sur lesquelles la démarche doit porter. Y figure notamment la capacité de l'établissement ou du service à répondre aux attentes exprimées par les usagers ou à prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le décret définit aussi les différentes étapes de la procédure : formalisation et élaboration du questionnement évaluatif, définition de la méthode et collecte des outils d'observation, étude et analyse, synthèse avec formulation de préconisations, rédaction du rapport d'évaluation.

ARTICULER L'ÉVALUATION EXTERNE

L'évaluation externe ne se confond pas avec l'évaluation interne, même si les deux notions restent très proches, y compris dans la formulation des textes réglementaires. Le décret du 15 mai 2007 établit, par exemple, de nombreux parallèles entre évaluations externe et interne. *« Les champs de ces deux évaluations doivent être les mêmes afin d'assurer la complémentarité des*

Évaluation externe : une opportunité pour les Ehpad

analyses portées sur un même établissement ou service », précise-t-il. De plus, l'un des objectifs de l'évaluation externe est d'examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne.

La réglementation a également prévu des passerelles entre évaluation externe, contrôle des normes en vigueur et certification, afin d'éviter les doublons dans les démarches évaluatives. Une disposition de la loi HPST du 21 juillet 2009, entrée en vigueur le 1er janvier dernier, précise les conditions dans lesquelles la certification peut être prise en considération dans le cadre de l'évaluation externe. Enfin, le décret du 15 mai 2007 prévoit que *« l'évaluation tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue que peuvent réaliser les établissements et services »*.

CHOISIR SON ORGANISME

Les ESSMS doivent choisir l'organisme qui conduira leur évaluation externe parmi une liste d'organismes habilités par l'Anesm. Mais la prestation de l'Anesm s'apparente plus à une procédure d'agrément qualité qu'à une habilitation. L'établissement devra ainsi s'assurer, via une démarche préalable de mise en concurrence, que l'organisme mènera une évaluation conforme à ses besoins et à ses attentes et que les évaluateurs sont dûment formés à la démarche. Si, au cours de son évaluation externe, un établissement s'aperçoit que l'organisme ne respecte pas le cahier des charges décrit par le décret du 15 mai 2007, il lui reviendra de le dénoncer auprès de l'Agence. Une situation pour le moins ubuesque…



RÉFÉRENTIEL EVA

L'HUMANITÉ POUR CRITÈRE PREMIER

Habilité en 2009 par l'ANESM, le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) est une association spécialiste du conseil et de la formation dans le domaine de la santé depuis 1974. Son centre Gérontéval a développé une méthode d'évaluation externe des établissements et services pour personnes âgées dépendantes (Ehpad, USLD et Ssiad). Elle permet de porter une appréciation globale sur la qualité d'un établissement ou d'un service et de proposer une véritable stratégie de développement, déclinée en préconisations. Elle s'appuie sur le référentiel EVA, créé par des professionnels du secteur (directeurs, médecins gériatres et coordonnateurs, cadres de santé…). Mieux encore, elle est également mise en œuvre par une équipe pluridisciplinaire de professionnels, spécifiquement formés à cette méthodologie, exerçant en gérontologie, et intervenant ainsi dans d'autres établissements pour mener ces évaluations externes.
La méthode d'évaluation externe EVA se place délibérément du point de vue du résident et repose sur une philosophie humaniste assumée, adossée à un certain nombre de points fondamentaux, par exemple la place centrale donnée à la dignité et à la citoyenneté de la personne âgée et le souci de conserver un esprit critique sur les pratiques et les représentations des professionnels, avec pour finalité la mise en œuvre de la bientraitance.

POUR EN SAVOIR +

**• Agnès Bertrand, directrice du Centre Gérontéval du CNEH.
Tél. : 01 41 17 15 73**
**• Aude Pinel-Lucas, consultante CNEH, référente évaluation externe EVA.
Mail : aude.lucas@cneh.fr**

652 organismes

ont été habilités par l'Anesm à ce jour.

Que se passe-t-il si l'institution gère plusieurs sites ? S'il s'agit d'une association gérant plusieurs sites disposant chacun de leur autorisation, chaque ESSMS devra réaliser ses propres évaluations. S'il s'agit d'une seule association autorisée disposant de plusieurs sites, c'est à l'organisme habilité de voir ce qu'il est justifié de considérer comme « *représentatif* » du fonctionnement de la structure.

UNE DÉMARCHE COLLECTIVE

Ce projet doit être mené de manière participative et pluraliste. Deux notions que Pierre Savignat, ancien directeur d'association et d'établissement social et médico-social, membre du conseil scientifique de l'Anesm, précise dans son ouvrage de référence, *Conduire l'évaluation externe*, qui fait référence. « *Participative car une évaluation ne peut se faire sans associer étroitement les parties prenantes qui jouent un rôle clé dans le développement des actions. Pluraliste car elle n'a pas à tenir compte seulement des points de vue majoritaires ou à éviter les confrontations. Au contraire, elle joue à la fois un rôle de révélateur rendant possible l'expression de toutes les positions et elle facilite les échanges et les débats.* » Au-delà de son caractère obligatoire, l'évaluation externe peut être source d'enrichissement pour les directeurs et leurs équipes (lire « Témoignage »). « *L'évaluation, c'est aussi un marqueur d'enjeux. Elle permet aux organismes gestionnaires et aux professionnels de mettre en valeur leurs actions, leur savoir-faire, leurs visions de l'action sociale, le service rendu* », complète Pierre Savignat. Dernier élément : une évaluation externe coûte cher, entre 8 000 et 12 000 euros, un montant que les ESSMS doivent prendre en charge. Ils peuvent néanmoins demander des crédits supplémentaires à leurs autorités tarifaires ou se regrouper pour passer un marché. La FHF demande d'ailleurs de longue date que le financement de l'évaluation soit mutualisé ou a minima réparti sur les trois sections tarifaires prévues au budget des Ehpad.

1. Décret daté du 3 novembre 2010 pris en application de la loi du 21 juillet 2009 dite HPST.
2. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007.

TÉMOIGNAGE

Marie-Pierre Legros, directrice de la Résidence d'Eawy, à Saint-Saëns (76)

DE LA PRÉPARATION DE L'ÉVALUATION DÉPENDENT SA QUALITÉ ET SA FIABILITÉ

Que retenez-vous de votre expérience de l'évaluation externe dans votre établissement ?
L'évaluation externe est un puissant levier d'action et repose sur la mobilisation et l'adhésion de l'ensemble du personnel de la structure évaluée. Chacun doit se sentir impliqué. Par ailleurs, sa qualité et sa fiabilité dépendent du soin apporté à sa préparation.

Vos conclusions sont donc positives ?
Notre évaluation, avec le référentiel EVA (lire encadré p. 16) porté par le Centre national de l'expertise hospitalière, a représenté une expérience positive et une nouvelle dynamique, un nouveau démarrage après un état des lieux. En premier lieu pour les équipes à qui l'on a restitué des « forces » et des « défis » : le fait de pointer les forces – ce que l'on fait rarement – permet de rassurer les professionnels sur la qualité de leur travail et donc de les valoriser. C'est en ce sens qu'une dynamique s'installe pour participer aux projets de la structure. Bien sûr, il ne faut pas minimiser la présence des évaluateurs, qui n'est pas sans « inquiéter » le personnel, mais l'évaluation crée du sens. Elle est aussi l'occasion de faire connaître et de défendre son outil de travail : l'établissement.

Vous avez donc fait connaître votre démarche et ses résultats à l'extérieur ?
L'évaluation externe a un impact en matière d'image et de communication vers l'extérieur : les familles et la cité. Il n'est pas de démarche qualité sans évaluation, mais l'évaluation externe devient l'outil essentiel du projet de l'établissement pour l'amélioration de la qualité de vie dans la structure au service du résident. »



L'Ehpad Résidence d'Eawy à Saint-Saëns (76) compte 114 places : 84 en hébergement et 30 en soins à domicile.

" Le fait de pointer les forces – ce que l'on fait rarement – permet de rassurer les professionnels sur la qualité de leur travail. "

POUR EN SAVOIR +

- www.fhf.fr - Moteur de recherche : évaluation externe.
- *Conduire l'évaluation externe dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, de Pierre Savignat, Éditions Dunod, mars 2010.
- www.anesm.fr



ORGANISATION | Alors que débute la cinquième campagne de contrôles menés par l'Assurance maladie, la FHF plaide à nouveau pour une remise à plat de la méthodologie et des conditions des contrôles de facturation dans les hôpitaux. Avec la volonté d'être entendue au plus haut niveau. /

Assurance maladie
Contrôles et indus : non à la logique comptable !

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2005, les contrôles effectués par l'Assurance maladie sur la facturation des actes et des prestations réalisés au sein des établissements publics de santé prennent chaque année une nouvelle ampleur. Sans remettre en cause le principe du contrôle, les acteurs de la santé dressent le constat d'enquêtes menées systématiquement à charge. *« Dès les premiers contrôles en 2006, les difficultés et les incompréhensions sont apparues »,* résume Yves Gaubert, responsable du pôle Finances de la FHF.

INDUS ET SANCTIONS FINANCIÈRES : LA DOUBLE PEINE

En 2009, 257 établissements ont été concernés par la procédure des indus. Le montant d'indus notifiés s'élève alors à 32,5 millions d'euros, dont 27,3 millions pour 139 établissements ex-DG (dotation globale). En outre, depuis l'entrée en application du décret « Sanctions » du 16 mars 2006, des sanctions financières peuvent être notifiées *« en cas de manquement aux règles de facturation [...], d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée ».* Elles s'ajoutent aux indus. En 2009, 211 établissements ont été soumis à ces sanctions. Leur montant a atteint 4,19 millions d'euros pour 2009 (chiffre provisoire) et 12,2 millions l'année précédente. *« D'une manière générale, les sanctions sont disproportionnées et déséquilibrées »,* observe Gabriel Nisand, président du Collège des départements d'information médicale (DIM) de CHU.

MÉTHODOLOGIE CONTESTÉE

Les établissements de santé contestent la méthodologie des contrôles et dénoncent le manque de moyens de recours face aux indus et aux sanctions. Les contrôles, en effet, se font par ciblage, à partir de résultats atypiques constatés par l'unité de coordination régionale (UCR) sur les données fournies par l'Atih (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). En conséquence, les plus gros établissements se voient contrôler tous les ans, car ils sont *« forcément atypiques sur une partie de leurs activités »,* explique Gabriel Nisand. *« La suspicion de fraude qui entache les dossiers retenus par les contrôleurs doit être nuancée lorsque l'anomalie du dossier tient, par exemple, à une pièce manquante, alors que par ailleurs tout indique que l'acte médical a bien été effectué »,* s'insurgent Yves Gaubert et Gaëlle Le Bayon, au pôle Finances de la FHF. De même, certains actes à l'efficacité reconnue, mais ne figurant pas encore dans la nomenclature CCAM (classification commune des actes médicaux), seront considérés comme des indus par les contrôleurs de l'UCR.

LA FHF À VOS CÔTÉS

- Dès 2008, la FHF a conduit une enquête nationale visant à recenser les difficultés des établissements.
- La FHF diffuse l'étude juridique réalisée à sa demande par le cabinet Houdart. Les différentes phases du contrôle et les procédures de recours y sont présentées sont forme de fiches.
- La FHF a participé activement à la révision de la circulaire « Frontière ».
- Elle participe également aux rencontres semestrielles entre l'État, l'Assurance maladie et les fédérations hospitalières. Leurs comptes-rendus sont accessibles sur le site de la FHF : www.fhf.fr.
- Le thème des contrôles externes donne lieu régulièrement à des débats et des échanges d'information, lors notamment d'Hôpital Expo (mai 2010) et du séminaire Échelle nationale des coûts (décembre 2010).
- La FHF demande un moratoire de l'application du décret « Sanctions » dans l'attente d'une refonte des modalités de contrôle.



QUESTIONS À | **Gabriel Nisand,** président du Collège des départements d'information médicale de CHU.

"Des sanctions **disproportionnées**"

Quel bilan dressez-vous des campagnes de contrôles externes menées depuis l'instauration de la T2A?

→ Tout d'abord, je considère qu'en matière de gestion de l'argent public, la mise en place de garde-fous est nécessaire. Les contrôles ont donc leur légitimité. Mais je constate que le système mis en place n'est pas équitable, les décisions d'une région à l'autre sont hétérogènes et, enfin, l'instruction est systématiquement menée à charge. La méthode de contrôle des établissements de santé par ciblage, et non par tirage au sort, conduit à un contrôle systématique des établissements les plus importants. Les sources de surfacturation dans les dossiers sont recherchées de manière très « fléchée », sans que ne soient jamais pris en compte la sous-facturation ou le sous-codage de certains dossiers, de loin plus importants dans les hôpitaux. De plus, certaines failles dans la tenue du dossier médical conduisent l'Assurance maladie à refuser de financer des prises en charge dont la légitimité médicale n'est pas remise en cause : il y a donc confusion entre tenue du dossier médical et contrôle de facturation T2A.

Quelles réformes préconisez-vous?

→ Dans l'idéal, il faudrait créer un corps de contrôleurs indépendant, à l'instar du corps de visiteurs de la HAS. *A minima*, il serait nécessaire d'avoir une autre instance de recours que l'Atih, véritablement neutre et indépendante. Par ailleurs, les questions portant sur les pratiques médicales devraient être examinées par des experts, dans un temps séparé du contrôle de facturation T2A, en respectant le rôle des sociétés savantes et de la HAS. Il faut, enfin, plus de transparence dans la conduite des contrôles. Un bilan annuel détaillé des contrôles permettrait, par exemple, d'assurer à terme l'homogénéité des pratiques de contrôle et l'équité de traitement des différents établissements. Le Collège des DIM de CHU, le Collège national de l'information médicale et la FHF ont rédigé une dizaine de propositions d'axe d'amélioration du dispositif de ces contrôles. Ces propositions ont été avalisées par les autres fédérations et constituent donc un socle commun à tous les établissements de santé MCO. Il s'agit de propositions réalistes, raisonnables et surtout animées par un esprit constructif, qui viendraient apaiser le climat dans lequel se déroulent ces contrôles en les rendant moins discutables et arbitraires, plus justes et équitables.

BILAN DES CAMPAGNES DE CONTRÔLES EXTERNES 2008 ET 2009

Source : Cnamts, données au 31 août 2009.

	2008	2009
Nbre d'établissements contrôlés	425	331
Nbre de dossiers contrôlés	190 717	126 324
Dossiers avec anomalie	49 %	45 %
Indus : nbre d'établissements concernés	404	257
Indus : montants notifiés (en millions €)	30,46	32,51
Sanctions : nbre d'établissements sous procédure	222	274
Sanctions : nbre d'établissements notifiés	125	19
Montant des sanctions notifiées (en millions €)	12,22	4,19

DES RECOURS LIMITÉS

En cas de contestation des indus ou des sanctions financières par l'établissement, les délais de recours sont trop courts, estime la FHF. Après réception du rapport des contrôleurs, l'établissement dispose de 15 jours pour émettre ses observations. S'il conteste un certain nombre de conclusions et réclame l'expertise de l'Atih, il ne peut faire appel lui-même à cet organisme : c'est l'UCR qui, après examen, demande l'avis de l'Atih! *« Dans près de 20 % des cas, l'Atih a donné raison au codage des établissements,* constate Yves Gaubert. *Mais l'expertise de l'Atih ne peut porter que sur les aspects purement techniques de traitement de l'information médicale et de codage. Par ailleurs, l'Atih n'accepte d'étudier qu'un nombre limité de dossiers de réclamation par an et par région. Ce système de quota empêche d'avoir une vraie possibilité de recours! »* Face à des contrôles où l'Assurance maladie est à la fois *« juge et partie »*, regrette Gabriel Nisand, le seul recours reste alors le tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass) pour les indus et le tribunal administratif (TA) pour les sanctions.

À SUIVRE

« Dans ce système de contrôle, tout est à réécrire », estime Yves Gaubert. Si la surfacturation d'un acte est sanctionnée, *« la sous-évaluation, largement pratiquée dans les établissements de santé, doit également pouvoir être prise en considération par les contrôleurs »*, explique-t-il encore. La FHF plaide par ailleurs pour la création d'organismes de contrôle indépendants pour les questions de codage, d'une part, et les pratiques médicales, d'autre part, à travers les sociétés savantes et la Haute Autorité de santé (HAS). L'action de la FHF a permis des évolutions notables de la circulaire « Frontière » relative à la facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée. Mais la Fédération a le sentiment de ne pas avoir été pleinement entendue, que ce soit lors des rencontres semestrielles avec les représentants de l'État, de l'Assurance maladie et des fédérations hospitalières ou dans ses échanges avec le service contentieux de l'Assurance maladie. *« Le dossier était jusqu'à présent bloqué »*, constate Yves Gaubert. Lors d'une rencontre avec le ministre de la Santé en janvier dernier, le président de la FHF, Jean Leonetti, lui a remis une note présentant des solutions d'évolution du modèle. De plus, le conseil d'administration de la FHF a voté en faveur d'une demande de moratoire de l'application du décret « Sanctions », un courrier en ce sens a donc été adressé au ministre.

1. Art. L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

POUR EN SAVOIR +

- *Revue hospitalière de France* n° 536. Sept.-oct. 2010, pages 50 à 59 : "Contrôle externe T2A", Florence Eon.
- *Revue hospitalière de France* n° 538. Janv.-fév. 2011, pages 46 et 47 : "Dix axes d'amélioration des contrôles T2A", Gabril Nisand, Yves Gaubert, Gaëlle Le Bayon, Bernard Garrigues.

À lire sur http://rhf.fhf.fr



Le guide

– AGENDA

VENDREDI 18 MARS 2011
À LA FHF, PARIS

PRÉPARER LES DÉFIS DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL PUBLIC

Le secteur médico-social connaît de profondes mutations. Les établissements publics sont notamment confrontés à des évolutions juridiques, au développement de la concurrence et à un environnement de plus en complexe. Ils doivent développer de nouvelles stratégies basées autour du regroupement et du développement de places. Ce séminaire leur permettra entre autres de connaître les modalités techniques, juridiques et pratiques des outils de coopération.

Programme et inscriptions :
www.sphconseil.fr - Rubrique « séminaires et formations »

VENDREDI 18 MARS 2011
À L'AMPHITHÉÂTRE HUVELIN, LYON

LA NUTRITION DES SENIORS EN INSTITUTION ET À DOMICILE

Ce colloque vous permettra de découvrir des réponses innovantes aux enjeux de la prise en charge nutritionnelle des seniors.

Programme et inscriptions :
www.sphconseil.fr - Rubrique « salons et colloques »

JEUDI 24 MARS 2011
AU FIAP JEAN-MONNET, 30, RUE CABANIS, PARIS 14

PRÉPARER LA MISE EN ŒUVRE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

Ce colloque organisé par la FHF et ses partenaires permettra de faire le point sur la mise en place des plans de DPC dans les établissements, en attendant la parution des décrets d'application de la loi HPST.

Programme et inscriptions :
www.sphconseil.fr - Rubrique « salons et colloques »

MARDI 29 MARS 2011
À LA FHF, PARIS

OPTIMISER LES RELATIONS VILLE-HÔPITAL SUR UN TERRITOIRE

Ce séminaire-action aborde l'un des principaux objectifs de la réforme HPST, qui est d'optimiser les relations de l'hôpital avec son territoire.

Programme et inscriptions :
www.sphconseil.fr - Rubrique « séminaires et formations »

JEUDI 31 MARS 2011
À L'INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS, PARIS

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET LA BIENTRAITANCE DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Ce colloque permettra d'échanger et de débattre sur les travaux de l'Anesm sur la bientraitance, l'évaluation interne et l'évaluation externe. Au programme également : deux tables rondes sur la bientraitance. Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Solidarité et de la Cohésion sociale, clôturera la journée.

Programme et inscriptions :
www.sphconseil.fr - Rubrique « salons et colloques »

JEUDI 14 AVRIL 2011
À L'ASIEM, PARIS

LA VIOLENCE ET L'HÔPITAL

Ce colloque de la FHF vous permettra de mener à bien une politique de prévention et de gestion de la violence dans vos établissements, grâce à des retours d'expérience, des témoignages et des recommandations pratiques.

Programme et inscriptions :
www.sphconseil.fr - Rubrique « salons et colloques »

JEUDI 12 MAI 2011
À LORIENT

COOPÉRATION SANITAIRE FRANCE-VIETNAM

La Fédération hospitalière de France organise le jeudi 12 mai 2011 à Lorient un colloque consacré à la coopération sanitaire entre la France et le Vietnam. Cette rencontre s'inscrit dans « Mai 2011, le Vietnam à Lorient », un événement multidisciplinaire qui célébrera les échanges entre la Bretagne et le Vietnam.

+ d'infos : p.garel@fhf.fr

SALON

GERONT EXPO - HANDICAP EXPO / HIT PARIS

Un programme complet de 10 conférences dédiées aux professionnels de la santé et de l'autonomie.

+ d'infos : www.fhf.fr et www.gerontexpo-handicapexpo.com

DU MARDI 17 AU JEUDI 19 MAI 2011
À VIPARIS, PORTE DE VERSAILLES

→ RETROUVEZ L'INTÉGRALITÉ DE L'AGENDA SUR WWW.FHF.FR



FIN DE VIE

UN DOCUMENTAIRE « LES YEUX OUVERTS »

Après sa sortie en salles le 3 novembre dernier, *Les Yeux ouverts* est désormais disponible en DVD. Documentaire de Frédéric Chaudier, réalisé avec le soutien du ministère de la Santé, *Les Yeux ouverts* s'intéresse au passage de la vie à la mort. Que se passe-t-il lorsque la vie ralentit... puis s'arrête ?
En s'inscrivant dans cette période particulière de la fin de l'existence, le réalisateur regarde, écoute, accompagne les patients, les bénévoles, les équipes soignantes de la maison médicalisée Jeanne-Garnier.

– RESSOURCES

OFFRE DE SOINS

PORTRAIT EN CHIFFRES

Le ministère de la Santé publie les « Chiffres clés de l'offre de soins ». Cette brochure rassemble une série de données qui dressent le tableau de l'offre de soins, dans les établissements de santé comme en médecine de ville. Réalisé par la direction générale de l'offre de soins, ce document d'une vingtaine de pages commence par présenter les principaux acteurs de l'offre de soins hospitalière : 983 hôpitaux publics, 754 établissements privés à but non lucratif et 1 047 cliniques.
Vous pouvez télécharger l'étude sur le site du ministère de la Santé.



LES DROITS DES PATIENTS

UN DOCUMENTAIRE EXEMPLAIRE

À travers une alternance de fictions, de reportages, de plateaux d'experts interviewés par un professionnel de santé et animateur de renom, Michel Cymès, ce documentaire présente les droits des personnes hospitalisées. Il livre des renseignements accessibles et pratiques sur l'information du patient, le consentement éclairé, la personne de confiance, l'accès au dossier médical, le recours, les directives anticipées... Il a été réalisé dans le cadre d'un appel à projets de la Ligue contre le cancer et de la Fédération hospitalière de France pour Campus santé, la chaîne gratuite destinée aux patients de l'hôpital Saint-Louis.
Il est diffusé depuis le 2 février 2011 sur le site www.droitsdespatients.fr



– COMMUNICATION

IDENTITÉ VISUELLE

LA FHF FAIT PEAU NEUVE

En 2010, la FHF a décidé de procéder à la refonte de son logo et de sa charte graphique, vieux de près de 10 ans. Son nouveau logo s'inspire de l'idée que la FHF est le trait d'union au cœur des problématiques hospitalières. Ainsi, le logo met en avant le sigle FHF, connu du milieu hospitalier et médico-social, en associant et mélangeant les formes pour mieux s'inscrire dans l'échange, le dialogue, l'union et la solidité de son institution. Les images de l'arbre et du cœur sont conservées afin de souligner, par son apport historique, la pérennité de la FHF et de ses missions. L'identité visuelle se décline avec une grande liberté à partir d'un système graphique dont le logo est la clé. Les supports à paraître dans les mois à venir permettront de découvrir et de s'approprier cette nouvelle identité.



ÉVÉNEMENT

LES 5ES RENCONTRES DE LA COMMUNICATION HOSPITALIÈRE

Les 6 et 7 avril prochains se tiendront les Rencontres de la communication hospitalière, aux Espaces Cap 15, à Paris. Cette 5e édition, organisée en partenariat avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (Anap) et l'assureur Sham, aura pour fil rouge : « Communiquer pour mieux travailler ensemble ».
Profitez cette année d'un programme original s'articulant autour de deux journées :

Mercredi 6 avril : La première journée, en séance plénière, sera composée d'une succession de présentations dynamiques, de retours d'expériences et de benchmark, et développera les grands thèmes suivants :
- Communiquer avec la médecine de ville
- Communiquer en interne pour conduire le changement
- Communiquer au sein d'un territoire
- Communiquer avec les usagers

Jeudi 7 avril : La seconde journée sera découpée en ateliers de formation combinant les problématiques majeures de la communication : les relations presse, la prise de parole en public, la communication en interne, le droit de la communication hospitalière, le média-training, la communication et la gestion des risques, la construction d'un site Internet, la mesure des performances de sa communication...
D'autres ateliers seront dédiés aux nouveaux enjeux de la communication hospitalière : la communication vers les usagers, les nouveaux outils, la communication et le développement durable, communiquer sur la santé mentale, l'hôpital face aux réseaux sociaux, l'e-réputation, le mécénat à l'hôpital...
Comme chaque année, les participants peuvent sélectionner leurs ateliers dans tous les parcours, ou suivre un parcours particulier s'ils le souhaitent.
Retrouvez le programme et le formulaire d'inscription en téléchargement sur : www.fhf.fr.
Contact informations et inscriptions : Karen Rambach, k.rambach@fhf.fr

– BANQUE DE DONNÉES HOSPITALIÈRES DE FRANCE

BDHF : MODE D'EMPLOI

L'ESSENTIEL : La Fédération hospitalière de France met à la disposition de ses adhérents une banque de données baptisée BDHF : Banque de données hospitalières de France. Elle a été conçue comme un véritable outil d'aide à la décision stratégique spécialement destiné aux gestionnaires et décideurs hospitaliers.



La Banque de données hospitalières de France s'appuie sur les données des grandes bases nationales comme le Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les comptes de gestion de la Direction générale des finances publiques (DGFIP). La FHF retraite toutes ces données avant de les mettre à la disposition de chaque établissement adhérent sous forme de modules utiles à sa gestion.

Pour voir concrètement ce que la BDHF peut apporter à votre établissement, voici des exemples de modules pouvant répondre aux questions que vous vous posez :

→ OÙ SE SOIGNENT VOS PATIENTS LOCAUX ? QUI SONT VOS CONCURRENTS ?

> Parts de marché par territoire
> Parts de marché par zone calculée
> Coopération de territoire
> Flux de territoire
> Zonage par activité
> T2A en hospitalisation à domicile

→ VOTRE ÉTABLISSEMENT EST-IL EFFICIENT ?

> Module finances
> Module ressources humaines
> Retraitement comptable
> Comparaison ciblée

→ COMMENT SE POSITIONNE VOTRE ÉTABLISSEMENT FACE AUX DONNÉES DE RÉFÉRENCE ?

> T2A Durée moyenne de séjour
> T2A Coûts case mix
> Permanence des soins / lourdeur des séjours (CMA DMS Réanimation)
> Mère-enfant

Ceci n'est qu'un aperçu de ce qui est mis à votre disposition par la BDHF. La BDHF vous permet aussi de consulter tous les résultats de votre établissement. Enfin, en plus de vous fournir ces données, la BDHF vous accompagne dans leur interprétation afin de vous permettre d'améliorer la gestion de votre établissement.

POUR PROFITER DE TOUS LES SERVICES DE LA BDHF :

Rendez-vous sur le site de la FHF : www.fhf.fr

→ Cliquez sur BDHF
→ Entrez votre identifiant et votre mot de passe BDHF
→ Accédez à vos données grâce au lien « Tous les modules »

Pour obtenir votre identifiant et votre mot de passe, envoyez une demande par e-mail à fhf@fhf.fr

RENCONTRES
DE LA COMMUNICATION
HOSPITALIÈRE 2011

Paris, les 6 et 7 avril 2011
Espaces Cap 15
1-13, quai de Grenelle
75015 Paris



Communiquer pour mieux travailler ensemble

Séances plénières

- Communiquer avec la médecine de ville
- Communiquer en interne pour conduire le changement
- Communiquer au sein d'un territoire
- Communiquer avec les usagers

Ateliers de formation

Relations presse, média training, droit de la communication, réseaux sociaux, e-réputation, mécénat...

Participez également au prix de la Communication 2011

Renseignements et inscription sur www.fhf.fr > rubrique Communication

Un évènement :





En partenariat avec :



